Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2015–2016

25 424 Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 315 **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 25 mei 2016

Hierbij bied ik u aan de Marktscan ggz 2015, deel A[1]. Ik dank de NZa voor het inzicht dat deze marktscan biedt. In deze marktscan beschrijft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg (ggz). De focus ligt op de betaalbaarheid en de fysieke toegankelijkheid (wachttijden). Uit de marktscan valt af te leiden dat het totaal van de aanmeldingswachttijd en de behandelingswachttijd (dus de wachttijd vanaf de aanmelding tot aan het begin van de behandeling) voor de ambulante gespecialiseerde ggz binnen de Treeknorm van 14 weken blijft. Daar ben ik blij mee. De wachttijd voor de aanmelding op zich zelf is wel te lang. Dat vind ik ongewenst en daar zet ik acties op in. Ik licht dat hieronder toe. De in de Marktscan gepresenteerde gegevens hebben overigens geen betrekking op de crisis ggz. Daarvan merkt de NZa op dat er nauwelijks sprake is van wachttijden. Tenslotte heeft de NZa de wachttijden in de jeugd ggz voor het overgangsjaar 2015 nog wel in beeld gebracht, hoewel de NZa daar sinds de overheveling van de jeugd ggz naar de gemeenten (verzekeraars kopen dit niet meer in sinds 2015) geen rol meer heeft.

Wachttijden

Gegevens voor 2014 en 2015 op basis van wachttijden gepubliceerd door zorgaanbieders

De NZa maakt in haar marktscan onderscheid tussen de aanmeldings-wachttijd en de behandelingswachttijd. De aanmeldingswachttijd is de wachttijd tussen het moment dat de patiënt zich meldt bij de aanbieder en het eerste zorgcontact, de intake. De norm hiervoor is maximaal 4weken. De behandelingswachttijd is de wachttijd tussen de intake en de start van de behandeling. Dit mag maximaal 10weken duren en in de tussentijd

[1] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

kst-25424-315
ISSN 0921 - 7371
’s-Gravenhage 2016

moet dan de diagnose gesteld zijn. Aan de hand van de Treeknorm zou de totale wachttijd dan maximaal 14weken mogen bedragen.

In de marktscan constateert de NZa dat de aanmeldingswachttijd voor gespecialiseerde ggz zonder verblijf voor volwassenen steeg van 4,5 weken in 2014 tot 5,6 weken in 2015. Het percentage instellingslocaties waar de aanmeldingswachttijd de Treeknorm overschrijdt loopt uiteen van 11% in de verslavingszorg tot 53% in de jeugd ggz.

Uit de marktscan blijkt dat de behandelingswachttijd voor alle doelgroepen (jeugd, volwassenen, ouderen en verslavingszorg) gemiddeld genomen onder de norm van 10weken blijft. Het percentage instellingslocaties waar de behandelingswachttijd de Treeknorm overschrijdt loopt uiteen van 0% in de ggz zorg voor ouderen tot 26% in de jeugd ggz.

De onderschrijding van de norm voor de behandelingswachttijd is groter dan de overschrijding van de norm voor de aanmeldingswachttijd (als daarvan sprake is). Waarmee de totale wachttijd gemiddeld onder de eerder genoemde Treeknorm van 14 weken blijft.

Bovendien merkt de NZa op dat de aanmeldingswachttijden eind 2015 niet hoger waren dan medio 2015. Eventuele inkoopafspraken zoals omzetplafonds zorgen dus niet voor een toename van de aanmeldingswachttijden aan het einde van het jaar, aldus de NZa.

Ik ben blij dat het totaal van de wachttijd vanaf de aanmelding tot aan de behandeling gemiddeld genomen binnen de Treeknorm blijft. Niettemin vind ik de aanmeldingswachttijd te lang. Zorgverzekeraars vinden dat overigens ook.
Op basis van de zorgplicht hebben zorgverzekeraars de verplichting om ervoor te zorgen dat er voldoende zorg wordt ingekocht zodat de zorg tijdig en binnen redelijke afstand beschikbaar is. Wachttijden kunnen een indicatie zijn dat er onvoldoende zorg is ingekocht, maar dat hoeft niet per definitie het geval te zijn. Immers, indien de verzekerde binnen redelijke afstand bij een andere zorgaanbieder terecht kan, is er sprake van voldoende zorginkoop. Ook kunnen verzekeraars en aanbieders afspraken maken over het doorleveren van zorg (bijvoorbeeld wanneer er sprake is van een omzetplafond), of de afspraken gedurende het jaar herzien.

Op basis van de marktscan onderneem ik een aantal acties:
1. Ik zal de zorgverzekeraars verzoeken om een proactieve houding aan te nemen, om zo te komen tot minder lange wachttijden tot aan de intake;
2. Ik vraag de NZa met voorrang te bezien of de Treeknormen nog adequaat zijn, en daarover te rapporteren;
3. Ik vraag de NZa om in de volgende marktscan ook inzicht te geven in de wachttijden bij vrijgevestigden. De wachttijdgegevens voor 2014 en 2015 in deze marktscan zijn gebaseerd op een onderzoek van Medi-Quest naar 265 instellingen. Hierdoor heb ik geen beeld van de wachttijden bij vrijgevestigde zorgaanbieders. Ik kan dan ook de uitspraken van patiëntenorganisatie Landelijk Platform GGz en de Landelijke Vereniging van vrijgevestigde psychologen en psychotherapeuten (LVVP) in het Algemeen Dagblad van 20 mei jl. over omzetplafonds niet goed in perspectief plaatsen;
4. Ik vraag de NZa in de volgende marktscan meer inzicht te geven in de wachttijden voor autismespectrum stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen.

Deze acties zijn aanvullend op de acties die de NZa heeft aangekondigd in de marktscan.

Zo merkt de NZa op dat blijkt dat weinig patiënten op de hoogte zijn van de normen voor de wachttijden, hun recht op tijdige zorg en de mogelijkheid van bemiddeling door de zorgverzekeraar. De NZa heeft daarom per 1 november 2015 de regels aangescherpt voor de informatieverstrekking door zorgverzekeraars aan burgers[2]. Hierin is geregeld dat de zorgverzekeraar in het kader van de transparantie over de zorgplicht op de website moet aangeven voor welke soorten zorg er normen van tijdigheid en bereikbaarheid gelden, waaronder de Treeknormen en welke eigen normen de zorgverzekeraar daarnaast hanteert op het gebied van tijdigheid en bereikbaarheid. Ook vermeldt de zorgverzekeraar wat de inhoud van deze normen is per type zorg en vermeldt hij op de website de mogelijkheid tot wachtlijstbemiddeling.
Net als ik, vindt de NZa dat zorgverzekeraars zelf beter en proactief inzicht moeten verkrijgen in de wachttijden die voor hun verzekerden gelden, zodat zij snel kunnen anticiperen op wachttijdontwikkelingen en hun verzekerden kunnen begeleiden naar zorgaanbieders met wachttijden onder de norm. De NZa spreekt zorgverzekeraars hierop aan.

Verder is per 1 april 2016 de gehele ggz-sector (met uitzondering van de crisis-ggz) verplicht om de wachttijden te publiceren, inclusief een uitleg dat de wachttijd afhankelijk kan zijn van bij welke zorgverzekeraar de patiënt is verzekerd en een verwijzing naar de zorgverzekeraar voor wachttijdbemiddeling. De NZa heeft al een eerste check gedaan op de toepassing van de regeling en aanbieders aangespoord de website op orde te brengen. In het najaar beziet de NZa de effecten van deze regelingen. Verder gaat de NZa in de komende periode inventariseren of de Treeknormen in de ggz in de huidige vorm nog adequaat zijn met daaraan gekoppeld de vraag of aanpassing van de Treeknormen gewenst is. Tenslotte gaat de NZa verdiepend onderzoek doen naar de lange wachttijden voor autismespectrum stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen.

Als laatste merk ik op dat hoewel de NZa geen regulerende taken meer heeft ten aanzien van de jeugd ggz, de NZa voor het overgangsjaar 2015 nog wel de gegevens over de wachttijden van de jeugd ggz heeft verzameld en geanalyseerd. In de jeugd ggz zijn de wachttijden het langst. Gemeenten zijn zelf verantwoordelijk voor de inkoop en bekostiging van jeugd ggz en ook voor het toezicht op de naleving van de regels en het handhaven van overtredingen. Ik zal de NZa vragen haar bevindingen niettemin te bespreken met gemeenten zodat zij daar bij hun inkoop, de gesprekken met zorgaanbieders en de communicatie met hun cliënten rekening kunnen houden.

Patiënten, aanbieders en uitgaven in de ggz

Het geheel overziend concludeert de NZa dat de patiëntenaantallen in de verschillende ggz-segmenten (huisartsenzorg/ praktijkondersteuner-ggz, generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz) in lijn zijn met de beleidsmatig gewenste veranderingen (meer praktijkondersteuners voor de ggz bij de huisartsen, verschuiving van gespecialiseerde ggz naar generalistische basis-ggz, minder bedden). De NZa is van plan om de patiëntenstromen tussen de diverse ggz-segmenten nader te onderzoeken. Een belangrijke vraag hierbij is in hoeverre er daadwerkelijk substitutie heeft plaatsgevonden vanuit de curatieve ggz naar de

[2] NZa Nadere regels, TH NR 004 Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten.

praktijkondersteuner-ggz bij de huisartsen. De monitor basis-ggz biedt hier ook al gedeeltelijk inzicht in. Voor de zomer zal ik uw Kamer een nieuwe versie van deze monitor, met landelijke cijfers over 2014 en regionale cijfers over 2015 sturen.

Het aantal ggz-instellingen steeg licht van 2012 op 2013. In 2013 was circa 70% van de totale ggz-uitgaven (curatieve en langdurige ggz samen) geconcentreerd bij 36 instellingen.

De uitgaven aan curatieve ggz zijn in 2013 ongeveer gelijk aan de uitgaven 2012. In 2013 zijn de budgetten veelal vervangen door contracten met omzet- en prijsplafonds.

Zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen

De NZa constateert dat de afbouw van opname- en verblijfsvoorzieningen op schema ligt. Op basis van de beschikbare gegevens kan volgens de NZa nog geen conclusie getrokken worden over de opbouw van ambulante zorg. Evenals het Trimbos-Instituut merkt de NZa op dat er geen relatie lijkt te zijn tussen de signalen over «verwarde personen» en het afbouwen van het aantal opnameplaatsen in de periode 2011–2014. Voor dit onderwerp verwijs ik u naar de brief die ik u op 2 mei jongstleden heb toegestuurd met mijn reactie op de tussenrapportage van het Aanjaagteam verwarde personen (Kamerstuk 25 424, nr. 312).

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers